ROK I.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej

REDAGOWANE I WYDAWANE

przez

Dra J. K. Wiktora

we Lwowie.

Zeszyt jedenasty.

SPIS RZECZY:

Rozprawy.

Sprawozdania.

Kronika. — Ogłoszenia.

LWÓW.
CZCIONKAMI DRUKARNI LUDOWEJ
pod zarządem Stanisława Baylego.
1887.

Rok I. Lwów dnia 25 Maja 1887. Nr. 11.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE
poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

Wychodzi raz na miesiąc w zeszytach objętości przeszło dwóch arkuszy.
Prenumerować można rocznie lub półrocznie.
Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:
W państwie austryjackiem rocznie 3 złr. 40 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.
W cesarstwie rosyjskiem rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.
W cesarstwie niemieckiem rocznie 8 marek; półrocznie 4 marek.
We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc. rocznie 12 fr.; półrocznie 6 fr.
Jeden zeszyt osobno kosztuje 30 ct.
Należytość najdogodniej przesyłać przekazem pocztowym.

Redakcyja i administracyja „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie przy ulicy Akademickiej l. 16.
Wszystkie korespondencyje, reklamacyje, przesyłki etc. dotyczące redakcyi i administracyi uprasza się adresować do Dra J. K. Wiktora we Lwowie przy ulicy Akademickiej l. 16.
Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie redakcyja i administracyja za opłatą 12 ct. od miejsca 1 wiersza bardzo drobnym drukiem (nonpareille); dołączenia zaś za opłatą każdorazowo umówioną.
Listów nieopłaconych redakcyja i administr. nie przyjmuje.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY I WYDAWCA Dr. J. K. WIKTOR.

Nagła śmierć w szkole.

Podał
PROF. DR. BLUMENSTOK.

Przypadek sądowolekarski, który ogłosiłem w Nrze 42. Przeglądu Lekarskiego z r. 1885 pt. „Nagła śmierć w szkole, Wstrząs (Shock)?“ po upływie półtora roku doczekał się aż dwóch krytyków. Jeden z nich, lekarz niefachowy, szukał gościnności w felijetonie jednego z lwowskich dzienników politycznych; krytyki tej nie czytałem i zadowalam się chętnie potępieniem, wyrażonem przez Szan. Sekcyję lwowską; nie podobna mi bowiem wdawać się w polemikę z lekarzem piszącym o sprawie sądowolekarskiej w dolnych sferach dziennika politycznego. Inaczej ma się rzecz z krytykiem drugim; prof. Feiglowi tym razem jeszcze odpowiedzieć muszę, ponieważ w polemice swojej odwołując sie do powag naukowych i zasłaniając się nawet zdaniem prof. Hofmanna w Wiedniu, który „zapatrywanie jego w zupełności podziela“, nazywa wnioski Wydziału lekarskiego i moje „z prawdą i doświadczeniem lekarskiem niezgodnemi i zupełnie dowolnemi“, i tym sposobem mógłby zaimponować kolegom nie zajmującym się specyjalnie medycyną sądową i podać w poniewierkę, jeżeli nie Wydział lekarski, to przynajmniej mnie, który ma zaszczyt być członkiem Wydziału i referentem sprawy.

Prof. Feigel uważa przypadek w mowie będący za „nader ważny i donośny“, a orzeczenie wydziałowe za nieodpowiednie i t. d.;

według niego najbliższą przyczyną śmierci Maryi F. było silne przekrwienie opon mózgowych i mózgu, wywołane przez wstrząs umysłowy; a ponieważ to silne wzruszenie umysłowe wywołane zostało przez uderzenie prętem w pośladki, więc zdaniem jego istnieje niewątpliwy związek przyczynowy pomiędzy śmiercią nagłą a ukaraniem.

Gdyby prof. Feigel był poprzestał na wyłuszczeniu tego zdania, odpowiedziałbym, że wolno każdemu mieć swoje zdanie, dodałbym wszelako, że w obec licznych wątpliwości usunąć się niedających, obowiązkiem świętym jest każdego grona polegającego tylko na aktach, orzekać in mitius. Skoro jednak prof. Feigel to swoje przypuszczenie uzasadnia niby naukowo i występuje jako szermierz w obronie „nauki“ przez Wydział zgwałconej, mimo liczne moje zajęcia zmuszonym się widzę odeprzeć nieuzasadnioną zaczepkę i rozpatrzyć się nieco w tej nauce, w imię której on występuje.

Przypominam przedewszystkiem, że pp. obducenci, pomimo, że jeden z nich zasięgał rady prof Feigla przed wydaniem orzeczenia, orzekli, że przekrwienie mózgu i opon jego w danym przypadku nie jest przyczyną śmierci, że przyczyny śmierci w ogole nie wykryli, i z tego powodu przypuszczają shock jako przyczynę śmierci; — że następnie Sąd Wyższy we Lwowie wytknął orzeczeniu chwiejność i oparcie się na przypuszczeniach dostatecznie nieuzasadnionych, a nawet sprzeczność; — że wreszcie Wydział lekarski, którego zdania z tego powodu zasiągnięto, orzekł, że do przypuszczenia wstrząsu mechanicznego nie ma żadnej podstawy, że możebny był wstrząs psychiczny, że jednak, pominąwszy okoliczność, że istota tego wstrząsu nie jest jeszcze dostatecznie jasną, przeciw przypuszczeniu onego przemawiałoby zeznanie obwinionego i świadka itd., że jedyną zmianą ważniejszą było przekrwienie opon mózgowych i mózgu, które atoli śmierci nagłej nie tłumaczy, i że w obec tych okoliczności Wydział nie ma żadnych podstaw do wytłumaczenia przyczyny śmierci.

Pytam się, czy Wydział mógł orzekać inaczej, czy mógł potępić biednego nauczyciela na podstawie aktów w obec wątpliwości trojakiego rodzaju:

1) Jakkolwiek przyznał, że jedyną zmianą ważniejszą było przekrwienie mózgu i jego opon, to jednakowoż liczyć się musiał z faktem, że rozpoznanie przekrwienia mózgu i jego opon jest rzeczą wcale niełatwą na trupie, u którego już było przyszło do pośmiertnego opuszczenia się krwi do jamy czaszkowej, jak tego dowodziła siność twarzy i małżowin usznych. Ocenienie, co w takich razach kłaść należy na karb hypostazy, a co na karb zmian za życia powstałych, jest zadaniem trudnem dla lekarza nie posiadającego wielkiego doświad-

czenia. Że przez to nie ubliżam pp. obducentom, wynika już ztąd, że sam prof. Feigel popadł w zaczepce swojej w błąd fatalny, wprowadzając pomiędzy innemi w skład „bardzo dobrze opisanego“ obrazu czynnego przekrwienia mózgu i siność twarzy oraz małżowin usznych, a więc proste zmiany pośmiertne.*) Wywód ten wywołał pomiędzy kolegami tutejszymi prawdziwe zdumienie; daleki jestem od zamiaru obrażania prof. Feigla i dlatego przypuścić wolę, że tu zaszedł lapsus całami, wprawdzie ubolewania godny, o ile lekarz mniej doświadczony mógłby obałamucić się przypuszczając, że skoro tak pisze prof. Feigel, to zasady elementarne anatomii patologicznej i medycyny sądowej musiały w ostatnich czasach doznać gruntowego przeobrażenia.

2) Bieg choroby, czyli inaczej mówiąc objawy, które wystąpiły u dziewczyny w czasie arcykrótkim pomiędzy ukaraniem a śmiercią, nie są znane, bo obserwacyja koleżanek, a więc dzieci, była całkiem niedostateczną; również wcale nieznany był stan zdrowia Maryi F. przed ukaraniem.

3) Przypuszczając istnienie wstrząsu umysłowego, to jednak z powodu nader wielkiej rzadkości przypadków śmiercią nagłą kończyć się mających, zwłaszcza u dzieci, oraz wątpliwości nieodłącznych, nie mógł Wydział w przypadku danym, obfitującym w liczne wątpliwości, oświadczyć się za tym nader rzadkim, a w każdym razie bardzo jeszcze niejasnym i niepewnym rodzajem śmierci.

Inaczej postępuje prof. Feigel. Dla niego przekrwienie mózgu opon nietylko nie ulega żadnej wątpliwości, ale wie nawet, że był „najwyższy możliwy stopień“; co do mnie żałuję, że nie posiadam takiej biegłości w oznaczaniu stopni zmiany anatomicznej, nie widząc tych zmian, tylko na podstawie opisu. Przypuszczając przekrwienie mózgu i opon jako bezpośrednią przyczynę śmierci i odwołując się w tej mierze do „wszelkich“ wykazów patologiczno-anatomicznych**), oraz do uchwały ostatniego III Zjazdu lekarskiego międzynarodowego***), zadaje sobie sam bardzo stósowne pytanie, czy przekrwienie mózgu i jego opon, chociażby tak silne, jest w stanie bez innych zmian w ustroju, wywołać tak rychłe i nagłe zejście śmiertelne i wśród objawów, jak to miało miejsce u Maryi F.? W odpowiedzi na to pytanie zbija naprzód odmienne twierdzenie obducentów, a następnie zdanie Wydziału, zgodne ze zdaniem obdu-

*) Pisze bowiem co następuje: „Obraz protokolarny bardzo dobrze opisany brzmi: Twarz sino zabarwiona, małżowiny uszne obustronnie sino zabarwione itd.“

**) Zakład tutejszy nic o nich nie wie.

***) Twierdzenia tego skontrolować nie mogę; ostatni Zjazd w Kopenhadze z r. 1884. był VIII. z kolei, o jakim więc Zjeździe jest mowa?

*

centów, iż przekrwienie mózgu i opon śmierci nagłej Maryi F. nie tłumaczy, uważa za mylne i *stojące w rażącej sprzeczności z doświadczeniem klinicznem.*

Jeżeli się zważy, że w skład Wydziału lek., obradującego nad sprawami sądowemi, wchodzi kilku klinicystów, którym nikt nie śmie odmówić doświadczenia klinicznego, to podobne twierdzenie jednostki uderzać musi swoją śmiałością. Jeśli następnie się zważy, że klinicyści o podobnym przebiegu samoistnego przekrwienia mózgu i jego opon, tak gwałtownym, że nie było czasu do wytworzenia się obrzęku opony naczyniowej i mózgu, nic nie wiedzieli; że nasi pedyjatrzy nietylko w praktyce prywatnej, ale i szpitalnej przekrwienia samoistnego, pierwotnego, śmiercią kończącego się, nigdy nie widzieli; — jeżeli w 25 rocznikach czasopisma specyjalnego „*Jahrbuch für Kinderheilkunde*" ani jednego nie zapisano podobnego przypadku; — jeżeli wreszcie się zważy, że kol. F., o ile wiem nie jest klinicystą, a w szczególności pedyjatrą, a mimo to nie waha się twierdzić, że „powszechnie wiadomą i w nauce ogólnie uznaną jest rzeczą itd." i pisać „o niezbitych i naukowo stwierdzonych obserwacyjach"; — to znając już z doświadczenia sposób polemizowania prof. F., musiałem koniecznie przypuścić, że głosząc takie zdanie musi mieć w odwodzie jakiegoś autora, pod którego opiekuńcze skrzydła może chronić się w razie potrzeby. Udało mi się szybko wykryć tego autora, gdy sięgnąłem do encyklopedyi lekarskiej, a mianowicie do artykułu „przekrwienie mózgu". Jest nim śp. Obernier. Porównajmy odnośne ustępy, a dowiemy się ciekawych rzeczy:

Prof. F. pisze: „w tak zwanej postaci ostrej, burzliwej „(acute stürmische Form), objawy te zwykły występować i przebiegać „nagle, piorunująco; dotknięta osoba pada po krótkim bolu lub zawro- „cie głowy, lub bez tychże, nagle bezprzytomna; twarz jej bywa mocno „zaczerwienioną, spojówki nastrzykane, *źrenice najczęściej rozszerzone* „(podobnie jak u Maryi F.), oddechanie cherczące i wśród zapadu (*collaps*) „następuje nagle śmierć".

Obernier zaś (Realencyclopädie wyd. 1-sze 1881., Tom. V., „str. 574). „Bei der acuten stürmischen Hyperämie können die Erschei- „nungen schlagartig sein, d. h. das befallene Individuum stürzt mit „kurzen Vorboten von Kopfweh oder Schwindel, mit oder ohne con- „vulsivische Bewegungen, bewusstlos zu Boden nieder. Das Gesicht „ist hochroth, die Conjunctiven sind injicirt, *die Pupillen meist eng*, die „Athmung schnarchend, und oft genug tritt *unter Sopor* der Tod ein".

Każdy przyzna, że pomiędzy temi opisami istnieje ścisłe, uderzające powinowactwo; zachodzą atoli dwie różnice zasadnicze, bardzo ważne. Prof. Feigel odstępuje od opisu Oberniera o tyle, o ile każe

umrzeć chorym nagle wśród zapadu, zamiast mniej prędko wśród śpiączki, rzecz naturalna, bo Marya F. umarła nagle; następnie każe chorym mieć źrenice najczęściej rozszerzone, podobnie znów, jak u Maryi F.; o tyle więc poprawia śp. Oberniera, zapewne na mocy własnego doświadczenia, nabytego wśród obserwacyi większej ilości takich przypadków. Szanując doświadczenie każdego lekarza, gotów jestem uwierzyć, że chorzy prof. Feigla umierają wśród zapadu, ale niepodobna nie uwierzyć, aby człowiek, który doznał samoistnego czynnego piorunującego przekrwienia mózgu i opon, mógł mieć źrenice rozszerzone.

I takie to są niezbite i naukowo stwierdzone obserwacyje, na których prof. F. polegać każe Wydziałowi lekarskiemu, a rzecz wyjętą z encyklopedyi poczytać za fakt w nauce uznany.

Przyczyną silnego przekrwienia mózgu i opon jego według prof. F. jest w danym przypadku wstrząs psychiczny, wyraz w nauce używany i przyjęty". Zgoda najzupełniejsza, że to „wyraz używany i przyjęty, ale też vox, praeterea nihil. Natomiast do zdania Wydziału, że istota wstrząsu psychicznego nie jest jeszcze dostatecznie jasną, (prof. F. zamiast wyrazu „jasną" zapewne dla większej dokładności podsuwa Wydziałowi wyraz „znaną"), dodaje znak zapytania, z czego wnosić wolno, że prof. Feiglowi istota wstrząsu psychicznego jest dostatecznie znaną. Nieskończenie żałujemy, że prof. F. nie udziela czytelnikom swej jasnej wiedzy o wstrząsie psychicznym; oddałby bowiem wielką usługę nauce, w imieniu której ciągle przemawia. Niechaj nam jednak daruje, że sposobu, w jaki dowodzi istoty tego wstrząsu, za przekonywający poczytać nie możemy. „Jeżeli jest faktem ogólnie „znanym i w nauce ogólnie przyjętym i uznanym", tak wnioskuje prof. F., „że wrażenia psychiczne są w stanie u osoby zupełnie zdrowej wywołać ciężkie zaburzenia zdrowia, dlaczegoby nie mogły tu i owdzie „sprowadzić zejścia śmiertelnego?", otóż sposób dowodzenia czysto scholastyczny. Ale prof. F. przytacza także dowody dodatnie z literatury. Cytaty atoli mogą mieć wartość rzeczywistą wtedy tylko, jeżeli się sięga do źródła samego i krytycznie rozstrząsa fakty znalezione. Dlatego żąda się od pisarza poważnego, aby odwoływał się tylko do faktów, które ma z pierwszej ręki; historyja bowiem nauki naszej poucza, jak łatwo dostać się można na bezdroża, jeżeli jeden za drugim powtarza szczegół, o którym się dowiedzieli od trzeciego, a żaden z nich od autora samego. Tak też prof. F. cytaty swoje z Morgagniego i Maschki zaczerpnął z rozprawy Schauensteina (Maschka's, Handbuch Tom I. str. 813); dziwię się tylko, że i mnie nie zacytował; wszakże Schauenstein (tamże str. 815) przytacza i mój przypadek afazyi jako dowód powstawania ciężkich zmian chorobo-

wych w skutek urazów psychicznych bez możności wykazania obrażenia mechanicznego (z Friedreichs Blätter 1878); nie przeczytawszy oczywiście opisu, bo gdyby to był uczynił, byłby się dowiedział, że w tym przypadku afazyja nastąpiła skutkiem złamania i wgniecenia łuski kości skroniowej lewej przez uderzenie zadane w głowę kijem sękatym. Tak fabrykuje się biedną literaturę, a na takie cytaty przysięga prof. F.; co większa nie uważa nawet za stósowne podać uwagi Schauensteina, że w drugim przypadku Morgagniego związek przyczynowy pomiędzy urazem psychicznym a śmiercią wcale nie jest sprawdzony (nichts weniger als constatirt) — oczywista, że uwaga ta nie była mu wygodną, a w przypadku Maschki nie zastanawia go u straganiarki uderzająca zmiana, a mianowicie silne przekrwienie płuc i przepełnienie krwią prawej komórki serca, zmiana, które o wiele więcej przemawia za innym rodzajem śmierci aniżeli za wstrząsem.

Chcąc koniecznie dowieść, że Maryja F. umarła wskutek wstrząsu psychicznego, prof. Feigel zaprzecza „wprost i stanowczo" zeznaniu obwinionego nauczyciela, że Maryja F. wróciwszy do ławki figlowała. I ja nie przysięgam na to zeznanie, sądzę atoli, że ocenienie wiarogodności zeznania jakiegokolwiekbądź, jeżeli się tylko nie sprzeciwia doświadczeniu lekarskiemu, należy do Sądu, a nie do lekarza. W tymże celu zestawia bardzo malowniczo obraz uczuć, których doznawać miała Maryja F. przed śmiercią, obraz mający nawet być wiernym, obraz, który mógłby być ozdobą utworu poety, ale dla lekarza sądowego pozostaje tylko obrazem mglistym.

Dla prof. Feigla sprawa wstrząsu psychicznego, jak widzieliśmy, jest całkiem jasną, a wie on nawet, że wstrząsowi temu towarzyszy przekrwienie mózgu i jego opon. My nie jesteśmy tak szczęśliwi, bo nawet nie znamy istoty wstrząsu w ogólności, a nauczyliśmy się pod względem sądowolekarskim przypuszczać wstrzęs jako przyczynę śmierci tylko w owych nader rzadkich przypadkach, w których człowiek po doznanym urazie umiera szybko a sekcyja nie wykazuje żadnych zmian przyczynę śmierci tłumaczyć mogących, a więc i przekrwienia mózgowego. Przypuszczamy w zasadzie i istnienie wstrząsu psychicznego, ale każdy nam przyzna, że istota jego jeszcze mniej jest znaną, aniżeli istota wstrząsu mechanicznego. Aby zaś Wydział lekarski w danym przypadku mógł był przypuścić wstrząs psychiczny jako przyczynę śmierci, potrzeba było, aby albo sam znał go z własnego doświadczenia, albo mógł polegać na doświadczeniu wprawdzie obcem, ale krytyce żadnej podlegać nie mogącem; a wreszcie aby dane było wstrząśnienie umysłowe tego rodzaju, iż z niego wynik śmiertelny w sposób niewymuszony dał się wysnuć. Gdyby wszystkie te warunki były dane, Wydział przypuszczając nawet wstrząs umysłowy jako przy-

czynę śmierci musiałby dodać, że istota jego nie jest jeszcze dostatecznie jasną i zwrócić uwagę Sądu na owo silne przekrwienie mózgu i jego opon, które nie licuje z przypuszczeniem wstrząsu, w którym raczej spodziewać się należy niedokrewności mózgu i jego opon, sądząc po nagłem zblednieniu, które ma być pierwszym objawem wstrząsu psychicznego*). Ale owych warunków w danym przypadku nie było; Wydział z własnego doświadczenia nic nie wiedział o takich przypadkach, a przypuszczenie, że dziewczynka po otrzymaniu kilku uderzeń przez suknie tak się „zażenowała i zawstydziła“, że aż umarła, ani na chwilę nie powstało w głowie żadnego z członków Wydziału. Pozostają więc tylko przypadki obce. O nich trafnie wyraża się autor najnowszej monografii o wstrząsie Groeningen: „Man muss die Möglichkeit zugeben, überzeugt wird man selten“; a dalej: „wir sind bis heute „nicht in der Lage, dem Einwand einer möglichen anderen Todesart in den einschlägigen Fällen überall zu begegnen“, -- wreszcie wspomniawszy o przypadkach Maschki, Schauensteina itd. powiada: „Ob „man in den genanten Fällen von Shock spricht, hängt unseres „Erachtens von der laxeren oder strafferen Auffassung des Begriffes „ab. Unseren Anforderungen genügen natürlich nur die wenigsten“.

(Dok. nast.)

O krwotokach kiszkowych wśród przebiegu duru brzusznego

PODAŁ

Dr. ANTONI COGHEN,

lek. prakt. w Busku.

Z końcem roku 1885 i z początkiem 1886 pojawił się dur brzuszny (*Typhus abdominal.*) w mej siedzibie, a ze względu, że w przebiegu tej choroby w 8 przypadkach na 25 chorych wystąpiły krwotoki kiszkowe, uważam za stosowne kilkoma słowami podać do szerszej wiadomości kilka uwag mimowoli się w tej sprawie nasuwających

Że krwotoki kiszkowe wśród przebiegu duru brzusznego nie należą do częstych powikłań, o tem wie każdy lekarz poświęcający

---

*) Prof. Feigel i to zdanie poczytuje za mylne, podając, że „podobnego twierdzenia nie znalazł w dziełach naukowych“. Rzecz naturalna, bo dzieła naukowe wstrząsem psychicznym, jako dotychczas „wyrazem“ przyjętym nie zajmują się. Ale sam dostarcza dowodu przeciw sobie przypadkami, które zestawił, a które jemu zupełnie wystarczają. Otóż zebrał 6 przypadków; w 4, w których śmierć nastąpiła nagle lub przynajmniej szybko, a które możnaby ostatecznie zaliczyć do wstrząsu, przekrwienia mózgowego nie było; było zaś przekrwienie w 2 przypadkach, w których śmierć nastąpiła po 48 godz. po żółtaczce i wśród drgawek i po 7 dniach u pijaka; czy w tych 2 przypadkach przekrwienie było może następstwem wstrząsu?

się wykonawstwu zawodowemu. Podczas 10letniej mej praktyki, zaledwie tu i ówdzie, (o ile pamięć moja sięga), spotkałem się z krwotokami kiszek; a i te nieczęste przypadki nie mogły być całkowicie przezemnie dostrzeganemi (obserwowanemi). Dopiero w ostatnich latach, ze względu że chorzy w bliskości mej siedziby się znajdowali, jestem w stanie skreślić dokładny przebieg tego, bądź co bądź nie tyle niebezpiecznego, ile nieprzyjemnego powikłania przebiegu duru, jakiem są krwotoki kiszkowe.

W przedmiocie tym mamy cenne prace Liebermeistra, Immermana, Wunderlicha, wreszcie Griesingera, z których ostatni widzi w krwotokach kiszek komplikacyję dla chorego niebezpieczną; na 32 chorych bowiem stracił 10 w przeciągu czterech dni. Gdy przeciwnie wielki klinicysta Trousseau jakoteż Greves uważają krwotoki kiszek wśród przebiegu duru brzusznego nawet jako dobry znak. Dwa tak sprzeczne zdania łatwo pogodzić, skoro weźmiemy na uwagę, że każda epidemija czémś osobliwem się odznacza, że każda epidemija ma swój własny przebieg i cechę, którą swój przebieg odznacza. Przed 6 laty przypominam sobie epidemiję duru brzusznego, gdzie każdy przypadek śmiertelny już w pierwszych dniach choroby poczynał się od krwioplucia, albo znowu w skutek ropienia ślinianki (parotitis) kończył się śmiercią.

Z ośmiu chorych obserwowanych przezemnie, którzy wśród przebiegu duru brzusznego zapadli na krwotek kiszek, ozdrowiało siedem, a jeden tylko zakończył śmiercią; lecz i w tym jednym przypadku śmierć raczej przypisać można błędowi w dyjecie, bo 20go dnia choroby dano choremu piérogów ze sérem, po czém chory we trzy dni życie zakończył wśród objawów powtórnego krwotoku i wielkej odmy.

Co do wieku chorych dotkniętych krwotokiem kiszek, liczył najmłodszy lat 20, najstarszy lat 42. Z tych 2 kobiet, 6 mężczyzn (4 izraelitów a 4 innego wyznania.)

Krwotok zazwyczaj pojawiał się w dzień w przypadkach na pozór łagodnych. Ciepłomierz nie przekraczał 40° C., język wilgotny, „sensorium“ nie zajęte, apetyt po części zachowany, płynne potrawy chorzy z chęcią przyjmowali. Zwykle w dzień, zawsze bez żadnych wstępnych objawów chorzy uczuli niemoc, zawrót głowy, osłabienie, przyczem parcie na stolec zniewalało co rychlej do oddania stolca. Wówczas oddawali na raz ogromne masy krwi ciemno-wiśniowej, płynnej, a ilość wydzielonej krwi dochodziła nieraz i do trzech litrów. W skutek utraty krwi chorzy mdleli, tracili przytomność, skóra woskowo-biała,

---

*) U 6 chorych krwotok pojawił się w drugim tygodniu choroby — w dwóch zaś przypadkach dopiero w trzecim.

tętno ledwo wymacalne, zapad ścian brzusznych, czasami wymioty, ciepłota ciała nagle opadała nawet poniżej 37·6 °C. W kilka jednak godzin ciepłota zwolna się podnosiła, a po upływie jednej doby dochodziła do poprzedniej wysokości. Tętno chociaż zawsze nikłe, lecz w porównaniu znacznie się poprawiało. Kał oddawany przez pierwsze trzy dni był barwy czekoladowo-czarnej, nieraz cuchnący, lecz po upływie tego czasu powracał do pierwotnej barwy. Odtąd chorzy zwyczajnym trybem przebywali dur brzuszny, jedynie rekonwalescencyja cośkolwiek dłużej trwała.

W dwóch przypadkach w 8 dni po przebytym krwotoku, chorzy nagle popadli powtórnie w stan omdlenia chwilowy, doznawali większego zawrotu głowy, czuli się więcej osłabieni, pomimo że ciepłota jak zazwyczaj w trzecim tygodniu choroby, znaczne wahania wykazywała. W kilkanaście godzin chorzy oddali znów obfitą ilość treści czarnej, brudnej, cuchnącej, (zazwyczaj kilka stolców tego rodzaju), po czem znowu powracali do równowagi. Z objawów tych wnosić muszę, że obaj ci chorzy doznali powtórnego krwotoku kiszkowego, lecz w znacznie mniejszym stopniu niż poprzednio, badanie zewnętrzne bowiem nic wykazać nie mogło. Lecz i u tych chorych wkrótce nastąpił zwrot ku lepszemu.

Nadmienić jeszcze muszę o jednym chorym, który przez dni kilka oddawał dziennie po 3—4 stolce krwi w skąpej ilości, i ten przypadek niczem w czasie całego przebiegu choroby nie zakłócony o tyle zasługuje na uwagę, że rekonwalescencyja bardzo krótko trwała, a chory piątego tygodnia mógł się już oddawać zwyczajnym swym czynnościom.

Na podstawie powyższej obserwacyi nasuwają mi się następujące uwagi:

1. Krwotok kiszek nawet gwałtowny, wśród przebiegu duru brzusznego niekiedy występujący, nie jest jeszcze tak niebezpieczną komplikacyją, aby uprawniał do powątpiewania o możliwem wyzdrowieniu chorego.

2. Nawet w tych razach gdy krwotok się powtarza, lecz nie jest zbyt wielkim, jest ozdrowienie możliwem.

3. Mniejsze krwotoki kiszek, nie powtarzające się więcej, nie stanowią groźnej komplikacyi, owszem, przypady duru zdają się łagodnieć.

Sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Dr. Lubliński. **O dusznicy oskrzelowej i związku jej z chorobami nosa.**

Od Trousseau'a do dzisiejszych czasów zajmowano się wiele badaniami dotyczącemi związku zachodzącego pomiędzy chorobami nosa

a dusznicą oskrzelową (Asthma bronchiale), na który to związek Voltolini pierwszy zwrócił szczegółową uwagę. Z pomiędzy licznego zastępu autorów, najdłużej pozostaje L. przy Hack'u, który wychodząc z założenia, że drażnienie błony śluzowej nosa powoduje przekrwienie i obrzmienie ciał jamistych tejże błony i napad dusznicowy w następstwie sprowadzić może, to obrzmienie ciał jamistych za rzecz wielkiej wagi uważa twierdząc, że inne sprawy chorobowe nosa i jego części dodatkowych o tyle tylko przyczyniają się do wywołania napadów dusznicy, o ile obrzmienie ciał jamistych sprowadzić są w stanie.

L. opierając się na badaniach anatomicznych Zuckerkandla i analogicznych spostrzeżeniach Rossbacha, który wywołał zapomocą drażnienia nerwów skórnych przekrwienie błony śluzowej oskrzeli, utrzymuje, że odruchowe powstawanie dusznicy polega na zwiększonej drażliwości nerwów błony śluzowej nosa, szczególnie zaś nerwu trójdzielnego, i że zatem przez drażnienie jakiegokolwiek miejsca błony śluzowej nosa i gardzieli, pierwszorzędnie, bez udziału ciał jamistych, napad dusznicy wywołanym być może.

Wzmożona drażliwość nerwów tych pochodzić może z rozmaitych przyczyn. Zazwyczaj napotykamy ją u osób histerycznych, nerwowych, niedokrewnych, źle odżywionych, lub moralnie przygnębionych. Pomiędzy choremi tego rodzaju było na klinice berlińskiej znacznie więcej kobiet niż mężczyzn.

Oprócz tych przyczyn głównych każdy pojedynczy napad musi mieć nawet u osób usposobionych ostateczną swą pobudkę. Małe polipy mogą przesuwając się z miejsca na miejsce drażnić obszar astmato-genetyczny. Odosobnione folikuły błony śluzowej gardzieli, nie przekraczające wielkości grochu, powodowały częstokroć już napady dusznicy, które ustępowały zupełnie po zniszczeniu tychże folikułów za pomocą kwasu chromowego; a i przerost migdałków i przewlekłe nieżyty gardzieli, również dusznicę wywołać są w stanie. Do tych mechanicznie działających przyczyn przyłączyć dalej należy zaburzenia w trawieniu i miesiączkowaniu, zmiany ciepłoty, przebywanie w atmosferze wypełnionej pyłem lub innemi ciałami drażniącemi, i woń pewnych roślin, które to wszystkie czynniki, przy sprzyjających warunkach ze strony osobnika, t. j. przy wzmożonej drażliwości nerwu trójdzielnego, mogą być ostateczną przyczyną pojedynczego napadu dusznicy.

W żadnym tedy przypadku dusznicy oskrzelowej nie należy pomijać dokładnego badania nosa i części jego przynależnych. L. uskutecznia badanie to za pomocą zgłębnika (sondy), którym łatwo obrzmienia błony śluzowej stwierdzić i odruchy i napad dusznicy za

dotknięciem obszaru astmato-genetycznego wywołać można. W celu łatwiejszego wyszukania tego miejsca, ra zi L. znieczulać kolejno po sobie następujące, badaniu poddane miejsca błony śluzowej za pomocą kokainu. Z wielu stron polecany kokain stanowić może w nerwicach odruchowych tylko środek ochronny, zupełnego zaś wyleczenia ze względu na krótki czas swego działania sprowadzić nie może.

Leczenie musi być zastósowane do każdego pojedynczego przypadku. Ze środków dosadnie działających zaleca L. przypalanie galwanokauterem, azotanem srebra i kwasem chromowym (Hering); ostatniemu wyższość nad pierwszemi przyznając zachęca L. gorąco do używania galwanokauteru i kwasu chromowego w przypadkach zmian zastarzałych; ostrzega jednak przed mniemaniem, jakoby operacyja taka była zupełnie obojętną, przytaczając przypadki, w których po energicznem przypaleniu zgrubiałej błony śluzowej wystąpiły znaczne krwotoki, zapalenie środkowej części ucha, napady drgawek i szału, nerwice n. trójdzielnego i t. p.

Pomiędzy 500 przypadkami chorób nosa zebranemi w ciągu dziewięciu lat na klinice berlińskiej, napotkano dusznicę oskrzelową 143 razy, między któremi była 55 razy przyczyną Rhinitis hypertrophica, a 21 razy przerost i narośle dolnej, 11 zaś razy środkowej muszli, 9 razy narośle kostne, 5 razy był przerost migdałków powodem zaburzeń w oddychaniu, a 28 razy rozmaite postacie zmian chorobowych gardzieli. *Dr. Rosenbusch.*

O kumysie.

Kumys uchodzi za napój leczniczy z tego powodu, iż zawiera równocześnie alkohol, kwas węglowy, kwas mlekowy, twaróg w rozpuszczeniu i pozostały jeszcze cukier mlekowy.

Odróżniamy kumys słaby, średni i mocny. Słaby kumys tem się tylko różni od mleka kobylego, że jest smaku kwaskowatego z powodu obecności kwasu mlekowego i kwasu węglowego. Gdy słaby kumys podlega kiśnieniu w obec fermentu przez 24 godzin, przechodzi w średni, który ma naturalnie mniej własności mleka, natomiast zawiera więcej alkoholu i kwasu mlekowego. We flaszkach można go przechować bez wielkich zmian przez dwa do trzech dni. Silny kumys otrzymuje się przez nieustanne kłócenie mleka kobylego z fermentem dłużej jak przez 48 godzin. Jest on prawie wodnisty, zawiera więcej jak poprzednie alkoholu, kwasu mlekowego i węglowego, i daje się długo bez zmiany przechować. We flaszce zebrany dzieli się na trzy warstwy: warstwa górna oleista, środkowa zawiera wyskok, a na dole znajduje się twaróg.

Dla tego przed użyciem należy flaszkę wstrząsnąć. Fizyjologiczne działanie średniego kumysu jest następujące: By osiągnąć należyty

skutek, powinno się wypijać naraz dwie (do ośm) szklanek kumysu. Przez wprowadzenie takiej ilości kumysu doznaje się uczucia pełności i chłodu w żołądku, potem uczucia ciepła, przyczem nadmiar gazu wychodzi przez odbijanie się. Rychło potem ruchy serca się wzmacniają i przyspieszają o 5—20 uderzeń na minutę i osoba doznaje upojenia i potrzeby spoczynku. Upojenie prowadzi do snu, który nie trwa długo i nie sprowadza bolu głowy. Apetyt nieco się zmniejsza, lecz tylko z początku leczenia się. Czynność nerek i skóry wzmaga się, wessanie ze strony narządu pokarmowego jest tak silne, że niekiedy powstaje zaparcie stolca. Z początku leczenia się kumysem zjawia się swędzenie skóry. U osób osłabionych sprowadza silny kumys ból głowy, dlatego trzeba w takich przypadkach zamienić kumys mocny na średni, lub podawać mocny lecz w mniejszych dawkach.

Ilość moczu zwiększa się, lecz nie równorzędnie z ilością wypijanego kumysu, gdyż pewna część wody wychodzi przez skórę i płuca. Ilość mocznika zwiększa się z 24·5 grm. na 36—41 grm., a w parze z nim i inne produkta azotowe; — dowód to zwiększonej przemiany materyi. Skuteczne więc działanie kumysu polega na pobudzeniu krążenia i poprawie odżywienia. Przeto kumys znajduje zastosowanie w chorobach płuc, zwłaszcza w gruźlicy i w przewlekłych nieżytach żołądka. Suchotnicy wypijają po pewnym czasie użycia kumysu, 10—11 flaszek przeszło półlitrowych. Wziąwszy na uwagę wielką wartość kumysu jako odżywki — z powodu że wielka część twarogu znajduje się w rozpuszczeniu jużto jako pepton jużto jako *acidalbumin* — nie dziw, że chorzy przybywają na wadze przeciętnie $^1/_2$ grama dziennie. Użycie kumysu nie usposabia do wybuchów krwi (płucnych). Ciężarne winny się z początku strzedz używania większych ilości kumysu, gdyż takie ilości mogą wywołać poronienie.

Kumys także skutecznie działa w blednicy, bezkrwistości, w cukrzycy, a nawet w chorobach serca. Dla leczenia się kumysem udają się chorzy nad Wołgę, lecz podróż tamże jest długa i żmudna, a pobyt podczas gorącego lata przykry i nudny. Ze sprowadzeniem kobył stepowych do środkowej Europy nie poszło lepiej, gdyż w takim razie kumys wypadał za drogo. Ztąd też podają sposób zastąpienia kumysu z mleka kobylego kumysem z mleka krowiego. W tym celu należy mleko krowie zebrać ze śmietanki, rozcieńczyc wodą i dodać cukru mlekowego, by je składem uczynić podobnem do mleka kobylego. Całkiem równem być nie może, gdyż twaróg mleka krowiego jest wielce różnym od twarogu mleka kobylego. Mleko tak przyprawione poddaje się fermentacyi. Lub też radzą mleko zpeptonizować przez dodanie pankreatyny, nieco kwasu mlekowego, cukru mlekowego i 2—3% wyskoku w formie koniaku lub rumu, wreszcie dodać wody zawie-

rającej kwas węglowy, lub też wprowadzić kwas węglowy pod ciśnieniem.

W ten sposób otrzymany kumys zastąpić może i najlepszy kumys naturalny, a nawet jest smaczniejszym, gdyż nie posiada woni właściwej kumysowi kobylemu a nie dla każdego chorego znośnej.

(Wyciąg z pracy L. I. W. Thudichuma Ueber Stutenmilch und Kumys). *Dr. Wiczkowski.*

Langgard. **O Mentolu.**

Mentol jest stearoptenem eterycznego olejku miętowego. Oziębiając tenże olejek poniżej 0° C. można wydzielić zeń mentol w kryształkach, które uwolnić należy przez wyciskanie z płynnej oliwy i następnie przedestylować. Jedynie stosownym jest olejek miętowy chiński lub japoński, jako zawierający znaczną ilość mentolu; często prawie w całości są one złożone z czystego mentolu i tężeją już przy zwyczajnej ciepłocie (dawniejszy *Ol. Menthae japonic. crystallisat*). Znaczne różnice pod względem zawartości mentolu zależą od różnych gatunków mięty, z których się mentol wyrabia.

Dobry mentol przedstawia się w postaci bezbarwnych, błyszczących, iglastych lub słupkowych kryształków, o silnie miętowym zapachu, a smaku właściwym chłodząco-aromatycznym, i nieco gorzkawym, piekącym. Mentol topi się przy 43° C., a wre przy 212° C., mało się rozpuszcza we wodzie, która jednakże zatrzymuje zapach i smak mentolu. Dobrze rozpuszczalnym jest we wyskoku, eterze, chloroformie, glicerynie i oliwie. Znak chemiczny mentolu jest $C_{10} H_{20} O$.

Jako środek leczniczy znane były oddawna mięta i olejek miętowy, — jako specyfik Po-ho (chińska nazwa mięty) lub jako krople japońskie został wprowadzony około r. 1870 przez Wrighta, który w Japonii i Chinach leku tego doświadczał.

Obecnie znalazł mentol najróżnorodniejsze zastosowanie, jako *antineuralgicum, antodontalgicum, antiparasiticum* przy Coryza, Influenza, przy dyfteryi,*) gruźlicy, zwłaszcza odkąd Koch wykazał, że rozczyn olejku miętowego 1:2000 zabija laseczniki cholery.

Oto formy najwłaściwszego przepisywania mentolu:

Rp. Mentholi . . . $1{,}_0$
Olei Olivar. . . $0{,}_{50}$
Lanolini . . . $8{,}_0$
M. f. ungt. D. S. (Maść przeciw migrenie).

*) 0·06 grm. pro dosi co godzina. (Salisbury).

Rp. Mentholi 1,0
Solve in
Ol. oliv. 3,
adde
Lanolini 6,0
M. f. ungt. D. S. Ext. (szczególniej na błony śluzowe).

Rp. Mentholi 5,0
Solve in
Ol. oliv. . . . 45,0
adde
Aqu. Calcar . . 50,0
M. f. linim. S. Ext. *)

W bolach zębów mentol i chloral — razem rozpływając się — dane na watę mają dobrze działać.

O wdychiwaniach mentolu porównaj streszczenie pracy Rosenberga z Berlina.

Dla użycia wewnętrznego podaje autor formułkę.

Rp. Mentholi 2,0
Sacch albi } ana 1,00
Gummi arab. }
Aqu. destillat. q. s. ut. f. pillul. Nr. 20. Obduc. gelatina.

(Mentol należy wpierw dobrze zmięszać z cukrem, zwilżyć następnie wyskokiem, i tak długo rozcierać masę, aż póki wyskok nie wyparuje. Później dodawszy gumy rozciera się wszystko dla otrzymania masy jednostajnej, a wreszcie dodaniem kilku kropel wody otrzymuje się dobrą masę na pigułki).

(Therapeut. Monatshefle v. Liebreich. Nr. 3. 1887).

Dr. Pisek.

SIEGFRIED ROSENBERG. **Mentol jako lek przeciw suchotom gruźliczym.** (Therapeut. Monatsh. v. Liebreich Nr. 3. 1887).

Wychodząc z doświadczeń, że mentol niszczy laseczniki gruźlicze, stosował R. wdychiwania rozczynu olejowego mentolu — jako rozczynu najstosowniejszego — w suchotach gruźliczych. Do wdychiwań używał przyrządu Schreibera *) z Królewca, gdyż zwykłe przyrządy okazały

---

*) Autor poleca ten przetwór w oparzeniach, w których jednak, jak sądzimy, opatrunek jodoformowy (według Mosetiga) jest daleka korzystniejszym.

*) Kociołek na dwie części przegrodą szczelną przedzielony. Obie połowy łączy rurka metalowa, która w jednej połowie — nieco wody i oleisty 30 proc. rozczyn mentolu zawierającej — sięga do dna, a w drugiej połowie sterczy ponad wodą tamże się znajdującą. Górna płyta zamykająca obie połowy i rurkę, posiada dwa otwory. Otwór nad połową, w której rozczyn mentolu się znajduje, służy do przytwier-

się niedogodnemi, rurki bowiem szybko się zatykały. 30—50 kropel olejowego rozczynu mentolu (30%) dodawał do małej ilości wody (około 100 grm.) a chorzy wdychiwali co godzinę i to tak długo, póki w parze rozeznać można było jeszcze zapach mięty. (Chorym poleca się oczy przymknąć dla uniknięcia *Conjunctivitis*).

Wyniki były następujące:

1. Znakomita, nadspodziewana poprawa apetytu.
2. Znaczne zmniejszenie ilości wydzielanych plwocin.
3. Znaczne zmniejszenie się kaszlu.
4. Ustanie potów nocnych, skutkiem czego ogólny stan chorych znakomicie się poprawia.

Co do wpływu na ciepłotę, wyniki były różne, często nawet sprzeczne. Zniknięcia laseczników nie mógł autor wykazać, ilość ich była wprawdzie mniejszą, lecz znachodziły się w każdej plwocinie. Tożsamo nie mógł stwierdzić polepszenia co do zmian anatomicznych w płucach. Słusznie jednak zauważa autor, że leczone przezeń przypadki dotyczyły chorych ze znacznym rozpadem płuc; — u chorych z początkowymi objawami nacieków gruźliczych spodziewa się lepszych wyników. *)

Co do wewnętrznego podawania mentolu twierdzi autor, że wyniki pod 1, 2, 3 i 4 wyszczególnione są jeszcze lepsze niż przy stosowaniu wdychiwań. Autor stosował początkowo 0, 02—0, 05 grm , obecnie zaś $1._0$—$1._{50}$ grm. mentolu sześć razy dnia (a zatem sześć do dziewięciu gram. *pro die*) w opłatkach, często obok wdychiwań, — a nieraz już po 2—3 dniach korzystne objawy leczenia stawały się widocznemi.

(Porównaj sprawozd. o mentolu). *Dr. Pisek.*

Laborde et Legris. **La sparteine, etude physiologique et clinique.** (Arch. de physiol. normale et pathol. 1886. Nr 4.).

Z doświadczeń na zwierzętach, a później i na ludziach dotkniętych chorobami sercowemi, przychodzą autorowie do następujących wniosków ze względu na kliniczną wartość sparteinu.

Podobnie jak G. Sée, stwierdzili autorowie u dotkniętych chorobami sercowemi po użyciu miernych dawek sparteinu, (Sparteini sulphurici pro die 0,05—0,25 grm.), silniejsze kurczenie się serca i ujednostajnienie rytmu sercowego.

---

dzenia kątowatej, szerokiej rurki, przez którą parę się wdychiwa; otwór zaś nad drugą połową służy do napełniania jej wodą. Pod kociołkiem umieszcza się lampkę spirytusową.

*) Potwierdzają to doświadczenia Alberta Rosenberga, który doniósł o tem autorowi.

Spartein jest wskazanym przy osłabieniu mięśnia sercowego, bądź skutkiem zwyrodnienienia, bądź też mięśnia w ogóle niezdolnego przezwyciężać przeszkody w krążeniu; wskazanym jest również przy arytmii serca, jeżeli takowa nie jest następstwem zanadto rozwiniętego zwyrodnienia mięśnia lub miażdżycy tętnic wieńcowych. Przeciwwskazań dla miernych dawek nie ma. Spartein korzystnie wyróżnia się jeszcze tem od naparstnicy (*Digitalis*), że działanie sparteinu szybko, nieraz już po $1/_2$ godzinie się objawia. Autorowie polecają używanie sparteinu naprzemian z naparstnicą.

(Centralbl. f. klin. Med. Nr. 2. 1887). *Dr. Pisek.*

Octan amonowy przeciw bezgłosowi i chrypce.

W przypadkach świeżego i przewłocznego bezgłosu, jak nie mniej chrypki wszelakiego rodzaju, stosował Stocquart podskórnie octan amonowy. Z 10—20 do 30% procentowego roztworu, wstrzykiwał autor jeden gram podskórnie w okolicę karku. Na podstawie 12 odnośnych przypadków twierdzi autor, że wstrzykiwania są całkiem nieszkodliwe, chorzy dobrze takowe znoszą, a skutek ma być znakomitym.

(W. med. Presse Nr. 5. r. b. Arch. mens. d. méd. et d. chir prat. 1886. Październik). *Dr. Pisek.*

Chirurgija.

Paweł Wagner (Lipsk). **Obecny stan chirurgii nerek.** (Dokończenie).

Nefrektomiję przy nerce wędrującej zachwalaną przez Kepplera po większej części zarzucono, a Landau udowodnił pracą swoją dosadnie, że nerka wędrująca nigdy nie sprawia zagrażających życiu objawów. Przeciw nefrektomii przy nerce wędrującej wystąpili osobliwie Billroth i Czerny. Statystyka Brodeura wykazuje 26 nefrektomij przy nerce wędrującej z 8 przypadkami zejścia śmiertelnego. W miejsce nefrektomii weszła w życie przez Hahna w 1881 roku wprowadzona nefrorafija. Podług Grossa z 17 przypadków nefrorafij jeden zakończył się śmiercią, 4 powrotem choroby, a w 3 przypadkach wynik był niezupełnym. Podług Hahna operowali w Niemczech Küster, Esmarch, Lauenstein, Schede i Kümmel.

Według Brodeura wykonano dotąd 327 operacyj na nerkach, a mianowicie: 212 u kobiet, 94 u mężczyzn, a 15 u dzieci. U 6 chorych nie podano płci. Z pomiędzy 235 nefrektomij wykonano 125 od strony lędźwiowej z wyleczeniem w 78 przypadkach (72·4%), a 116 od strony brzusznej z wyleczeniem w 55 przypadkach (50%).

Z pomiędzy 43 nefrotomij wykonano 34 lędźwiowych z wyle-

czeniem w 23 przypadkach (67·6%) a 9 brzusznych z wyleczeniem w 7 przypadkach (77·7%). Gross przytacza w statystyce swojej z lipca 1885 r. 93 nefrotomije z wyleczeniem w 71 przypadkach.

Z pomiędzy 39 nefrolitotomij wykonano 36 lędźwiowych z wyleczeniem w 28 przypadkach (77·7%) i 3 brzuszne z zejściem śmiertelnem.

Nefrorafij (lędźwiowych) wykonano 10 z jednem tylko zejściem śmiertelnem.

Gross naliczył 17 z jednem zejściem śmiertelnem.

W ogólności z 327 operacyj nerkowych zakończyło się 127 śmiercią, a 200 operowanych (61·16%) wyzdrowiało. Ponieważ nawet najdzielniejszym chirurgom wydarzało się, że rozpoznanie zrobili dopiero podczas operacyi albo już na stole sekcyjnym, zajęli się sprawą różniczkowego rozpoznania guzów jajnikowych i nerkowych Olshausen i Spencer Wells. Rozpoznanie ułatwić sobie można mając następujące uwagi ostatniego autora na myśli:

1) Guzy jajnikowe leżą przed kiszkami, nerkowe za niemi.

2) Wielkie guzy nerki prawej mają zazwyczaj okrężnicę wstępującą na wewnętrznym swym brzegu, guzy lewej nerki zaś krzyżują się z okrężnicą zstępującą.

3) Przy obecności jelit przed guzem, należy dokładnie badać mocz na składniki morfotyczne guzów nerkowych.

4) W przypadkach trudności w rozpoznaniu, czy przed guzem znajduje się jelito (uciśnięte), należy uskutecznić palpacyję takowego, przyczem się jelito kurczy; albo ułatwić sobie badanie wydęciem jelit powietrzem (przez odbytnicę).

5) Tak guzy jajnikowe jak i nerkowe mogą zmniejszyć swoją pojemność przez częściowe wypróżnienie i należy wtedy wypróżniony płyn zbadać dokładnie.

6) Obrzęk nerkowy powstaje zazwyczaj między 12 żebrem a grzebieniem biodrowym, obrzęk jajnikowy w dolnej części brzucha. Guzy rosnące wolno u dzieci pochodzą zazwyczaj od nerki, hydronefrozy itp. Olshausen). Jajnikowe guzy w tym okresie należą do rzadkości.

7) Guzy jajnikowe o długich szypułkach można pomięszać z nerką wędrującą. atoli przy dyslokacyi nerki z okolicy lędźwiowej, zmienia się tamże odgłos wypukowy na bębenkowy.

8) Przy guzach jajnikowych powstają nieprawidłowości wydzielin macicznych, jakoteż zmiany w ruchomości i położeniu macicy. Guzy znaczne nerek są asymetrycznie usadowione, przyczem jedna

strona ciała jest wolną od guza (Olshausen). Rozpoznanie różniczkowe ułatwić może także palpacyja ręką przez odbytnicę. (Olshausen, Simon).

Punkcyja probiercza guza jest niebiezpieczną, nadto doświadczenie poucza, że i treść jajników może zawierać mocznik (Olshausen). Również możnaby otworem probierczym wprowadzić zgłębnik i zrobić rozpoznanie na podstawie kierunku, w którym zgłębnik da się przesunąć np. ku okolicom podżebrowym lub ku jamie miednicy (Simon).

Ważną także rzeczą jest upewnić się, czy badany ma 2 nerki i czy druga jest zdrową.

Postępowanie mające na celu wykazanie 2 nerek polega:

1) na nacięciu brzucha i palpacyi bezpośredniej nerek,

2) na palpacyi nerek przez odbytnicę,

3) na sondowaniu moczowodów (Simon, Pawlik),

4) na wykazaniu prawidłowego *Trigonum Lieutaudii* (Tuchmann),

5) na palpacyi moczowodów (Hegar, Sänger).

Ostatnie trzy sposoby nie mogą jednak doprowadzić do rozpoznania nerki w kształcie podkowy, a postępowanie Simona-Pawlika i Simona-Sängera da się zastósować tylko u kobiet.

Przed nefrektomiją należy się upewnić, czy nerka mająca być pozostawioną prawidłowo funkcyjonuje W tym celu należy zebrać mocz każdej nerki z osobna i zbadać, co tylko da się uskutecznić u kobiet sondowaniem moczowodów. Projekt (Harrisona) kateteryzowania moczowodów męskich przez cięcie w międzykroczu, jest nader niebezpiecznem i skomplikowanem postępowaniem.

Sposoby kateteryzowania moczowodów u kobiet są następujące:

1) Kateteryzowanie podług Simona po tępem rozszerzeniu cewki moczowej,

2) podług Pawlika bez rozszerzenia poprzedniego cewki,

3) podług Simona Emmeta przez umyślnie utworzoną przetokę pochwowopęcherzową,

4) przez wprowadzenie światła do pęcherza (Rutenberg, Grünfeld, Newman. Nitze-Leiter).

Inny szereg sposobów polega na zatkaniu sztucznem lub uciśnięciu moczowodów:

1) zatkanie ujścia moczowodu drogą pęcherza za pomocą narzędzia sporządzonego na kształt litotryptora (Tuchmann),

2) czasowe podwiązanie moczowodu od strony pochwy (Hegar, Sänger, Warkalla),

3) za pomocą dwuramiennego narzędzia, którego jedno ramię spoczywa w pęcherzu a 2gie w *rectum* (Ebermann),

4) ręczne uciśnięcie moczowodu przez kiszkę stolcową (Sands),

5) uciśnięcie moczowodu zapomocą sprężystej peloty wprowadzonej do odbytnicy (P. Müller),

6) uciśnięcie moczowodu przez kiszkę stolcową zapomocą pręta odbytnicowego Davy'ego, właściwie do uciśnięcia tętnicy biodrowej (*iliaca*) poleconego,

7) zamknięcie moczowodu za pomocą balonu wprowadzonego do pęcherza napełnionego rtęcią (Silbermann),

8) odsłonięcie nerki chorej możliwie małem cięciem lędźwiowem i tymczasowe uciśnięcie albo podwiązanie moczowodu. Podskórne wstrzyknięcie żelazosinku potasu albo jodku potasu. Badanie moczu wydobytego cewnikiem na obecność (zawartość) owych płynów (Gluck). Badanie jednak dokładniejsze moczu każdej nerki możliwem będzie przez założenie przetoki brzuszno-miedniczkowej; postępowanie osobliwie racyjonalne przed wykonaniem wyłuszczenia nerki ropnej lub kamyki zawierającej.

Wöfler polecił wreszcie w celu oznaczenia stanu zdrowia drugiej nerki: badanie moczu na składniki stałe i mocznik. Przy zmniejszeniu ilości mocznika poniżej połowy ilości prawidłowej, prawie pewnie i druga nerka jest dotknięta sprawą chorobową.

(Schmidt's Jahrbücher. B. 213. Jahrg. 1887. Nr. 3).

Dr. Barącz.

Classen. **Leczenie róży podług Kraskego.**

W uspieniu chorego prowadzi się płytkie, zaledwie krwawiące cięcia, długie na 6—8 ctm. na brzegu róży w ten sposób, aby połowa cięcia przypadała w chorą; połowa zaś w zdrową skórę. Odległość między pojedynczemi cięciami wynosi $^1/_2$ centm.; następnie prowadzi się drugi szereg cięć skórnie tak, aby punkt krzyżowania się nacięć przypadał prawie na brzeg róży. Cięcia muszą okalać dokładnie całą chorobowo zmienioną część skóry, to też n. p. przy róży zajmującej sutek potrzeba 200 do 300 nacięć, które można wykonać w 10 minutach. Ponacinaną część skóry pokrywa się okładami sublimatowemi (1:1000), które należy zmieniać co 3 godziny. Rany goją się w ciągu kilku dni pozostawiając delikatne blizny, które zwykle po kilku tygodniach zupełnie giną. Ponieważ jednak u niektórych osób nawet po małych zdarciach przyskórka pozostają wystające blizny, przeto postępowanie to nie nadaje się do leczenia róży na twarzy. Przy ciężkich różach na główie można użyć tego sposobu, oczywiście po zgoleniu włosów.

W 11. przypadkach leczonych opisanym sposobem były wyniki bardzo dobre. Ciepłota dochodząca rano do 40 °C. i wyżej, opadała po wykonaniu nacięć już tego samego wieczora do 37 °C.

(Centrbl. für Chir. 1887. Nr. 19.) *Dr. Schramm.*

*

F. Colzi. **Chirurgija operacyjna dróg żółciowych.**

W chirurgii operacyjnej dróg żółciowych były znane dotąd tylko 2 operacyje:

1) Cholecystotomia i 2) Wyłuszczenie pęcherzyka żółciowego podług Langenbucha. Obecnie udało się C. niejednokrotnie wykonać na zwierzętach sztuczne przetokowe połączenie między pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą. Ażeby otrzymać szerokie połączenie między pęcherzykiem a kiszką, potrzeba naciąć kiszkę i pęcherzyk, brzegi ran wargowato szwami połączyć, a naokoło przetoki nałożyć szew Lamberta dla zabezpieczenia się od jamy otrzewnowej. Następnie trzeba podwiązać „ductum choledochum" tak, że nowoutworzona przetoka stanowi jedyne połączenie między pęcherzykiem a kiszką. Nie należy jednak zakładać przetoki do kiszki grubej, gdyż kał zastoinowy może wywołać nieżyt dróg żółciowych z następowem utworzeniem się ropni wątrobowych, jak tego jedno doświadczenie autora dowodzi.

Operacyja ta wskazaną jest w przypadkach zamknięcia światła „ductus choledochi". C. jednak uważa ją za wskazaną i przy prostej cholelithiasis, ponieważ tworzy pewny i szeroki otwór dla żółci, tak, że zatrzymanie takowej nawet przy ponownem tworzeniu się kamieni jest niemożebnem. Że Winiwarter jeszcze w r. 1882 utworzył u człowieka sztuczną przetokę między pęcherzykiem żółciowym a kiszką cienką, doszło do wiadomości autora dopiero po zakończeniu jego doświadczeń, mimo to nie tracą one jednakże nic na swej wartości.

(Sper. 1886. Ctrlbltt. für Chir. 1887. Nr 18.) *Dr. Sztembarth.*

Haven. **Leczenie naczyniaka (angioma) zapomocą wstrzykiwań kwasu karbolowego.**

Autor leczył w klinice prof. Gunna naczyniaki podskórnemi wstrzykiwaniami kwasu karbolowego i otrzymywał przy tem leczeniu jak najlepsze wyniki. Do wstrzykiwań używał roztworu kwasu karbolowego (95%) i gliceryny „ana partes aequales". Pierwszy raz wstrzyknął tylko pięć przedziałek wstrzykawki, co czwarty dzień powtarzał wstrzyknięcia, wstrzykując stopniowo coraz więcej przedziałek, aż doszedł zwolna do 14 przedziałek (zapewne używał wstrzykawki na 20 przedziałek podzielonej). Igłę wstrzykawki wprowadzał pod skórę na brzegu naczyniaka, i tak robił wstrzykiwania na całym obwodzie naczyniaka. Zwykle tworzyły się strupy, a potem wiąd (zanik) tkanek. Postępowanie takie nie pociąga podług autora żadnych niebezpieczeństw za sobą (a zakrzep-Thrombosis?!) i jest zdaniem autora pewnem, a nader prostem. Ile przypadków leczył i wyleczył w ten sposób, autor nie podaje).

(Gazett. degli osped 1886. Październik 31. Ctrlblatt für Chirurgie 1887. Nr. 11.)

Akuszeryja — Ginekologija i Pedyjatryja.

Dr. M. Gräfe. **O krwotokach poporodowych późniejszych, występujących podczas połogu.** (Zur Lehre von den puerperalen Spätblutungen.)

Krwotokami późniejszymi po porodzie nazywa autor takie krwotoki, które występują od siódmego dnia po porodzie. Te krwotoki są ważnym objawem niezupełnego wstecznego przeobrażenia (Involutio) macicy, które bywa przyczyną przewlekłego zapalenia macicy. Oprócz tego powoduje niedostateczne przeobrażenie wsteczne macicy i inne zmiany w organach płciowych, np. przewlekłe zapalenie błony śluzowej macicy, okołomaciczne podrażnienia i zmiany w położeniach macicy, osobliwie pochylenia (versiones). Stan ten występuje wśród objawów bólu w krzyżach, uczucia ciężkości i parcia ku dołowi i t. d. w 4—5 tygodni po porodzie, t. j. w ten czas, kiedy niedostateczne przeobrażenie wsteczne macicy staje się stałem. Z początku niema tych objawów i chore skarżą się jedynie na krwawe odchody, które występują peryjodycznie, lub też trwają wcale długo. Niedostateczne skurczenie macicy przeszkadza stężeniu (*consolidatio*) skrzepów w miejscu, w którem było przyczepione łożysko, a przy takich warunkach, każdy silniejszy przypływ krwi może spowodować odpadnięcie skrzepów i krwotok.

Często spostrzega się, że w połogu po pierwszem wstaniu z łóżka, po pierwszym stolcu, po poruszeniu się, lub po nerwowych wzruszeniach, pokazują się odchody czerwono zabarwione, które częstokroć przechodzą w znaczne i groźne krwotoki, wymagające pomocy lekarskiej. Przyczyną tych krwotoków bywają ukleje łożyskowe (Placentar-Polypen). Na dowód przytacza autor trzy przypadki. W pierwszych dwóch były po siódmym dniu połogu nieznaczne krwawe odchody, które przeszły w obfite krwotoki; w trzecim przypadku połóg do 21. dnia prawidłowy, a potem silny krwotok. Przyczyna tych krwotoków leżała w wytworzeniu się uklei łożyskowych, po wydaleniu których nastąpiło wyleczenie.

Krwotoki przy uklejach łożyskowych występujące wyjaśnia autor w ten sposób, że ukleje takie wstrzymują przeobrażenie wsteczne macicy a więc i stężenie skrzepów, i potrzeba tylko nieznacznej przyczyny, żeby się one oderwały. Z drugiej strony sądzi autor, że pod wpływem kurczenia się macicy oddzielają się częściowo owe ukleje i wskutek tego powstają otwarte naczynia krwionośne, co następuje najczęściej w pierwszych tygodniach połogu; w końcu połogu taki objaw trudniej przypuścić, gdyż wtedy kurczenie macicy nie jest tak znaczne, a połączenie uklei ze ścianą macicy jest znaczniejsze. W trzecim przypadku krwotok wystąpił nagle; autor wyjaśnia ten objaw nie-

znaczną objętością ukleji łożyskowych, w skutek czego przeobrażenie wsteczne macicy nie wstrzymało się tak znacznie jak w pierwszych dwóch przypadkach. Ten nieznaczny wpływ ukleji przypisuje autor tej okoliczności, że rodząca sama karmiła dziecko. Kiedy macica znacznie już się zmniejszyła, wtedy dopiero polip zaczął okazywać podrażniający wpływ na błonę śluzową, wskutek czego nastąpiło wybujanie i krwotok, jak przy „*Endometritis fungosa*",

Przy „*Subinvolutio uteri*" zatrzymuje się w niektórych przypadkach krew w jamie macicy i rozszerza ją mechanicznie, wskutek czego odrywają się skrzepy. Krwotok bywa wtedy tem znaczniejszy, im bardziej rozszerzona macica. Przeszkoda do wydalenia krwi może leżeć w polipie łożyskowym, który jest przyczepiony w dolnej części macicy, lub też w zgięciach trzonu macicy. Na dowód tego twierdzenia przytacza autor dwa wybitne pod tym względem przykłady.

Na podstawie przytoczonych przykładów czyni autor następujące wnioski :

1) W większej ilości przypadków mają późniejsze krwotoki w połogu dosyć doniosłe znaczenie przypadowe (symptomatyczne), wskazują bowiem na niedostateczne przeobrażenie wsteczne macicy.

2) Są one często zwiastunami obfitych, zagrażających życiu krwotoków.

3) Te ostatnie powstają wskutek wytworzenia się ukleji łożyskowych i częściowego lub całkowitego ich wydalenia w pierwszej połowie połogu.

4) W późniejszym czasie połogu mogą zatrzymane części łożyska spowodować szybkie odradzanie (*regeneratio*) i wybujałość (*hyperplasia*) błony śluzowej macicy i wskutek tego krwotok.

5) W pierwszej połowie połogu mogą mierne krwotoki wtedy stać się groźnymi, jeżeli odpływ krwi z macicy jest utrudniony. Wskutek zatrzymanej krwi macica znacznie rozszerza się, i dlatego ścianki naczyń miejsca, w którem łożysko było przyczepione, rozszerzają się także, skrzepy odpadają, a krwotok staje się coraz to znaczniejszym. Odpływ krwi może być utrudniony wskutek zgięcia ku przodowi lub ku tyłowi, albo wskutek zaczopowania ujścia wewnętrznego polipem łożyskowym.

Zapobiedz temu można jedynie staraniem o prawidłowe przeobrażenie wsteczne macicy. Zatrzymane resztki jaja (błon płodowych) należy wydalić. Jeżeli macica za mało skurczona, należy spowodować znaczniejsze kurczenie się za pomocą mięsienia okolicy dna macicy, podawania wewnętrznie „*Secal. cornuti*", lub wstrzykiwań podskórnych ergotynu; przy zwątleniu (*atonia*) macicy, należy stósować gorące lub

zimne przepłukiwania śródmaciczne. Autor uważa karmienie jako najpotężniejszy środek popierający prawidłowo przeobrażenie wsteczne macicy.

Przed leczeniem należy przedewszystkiem chorą ostrożnie zbadać. Na pierwszem miejscu przy niedostatecznem przeobrażeniu wstecznem zaleca autor *Secale cornutum* i Ergotyn przez 1 2 tygodni (Rp. *Secalis cornut.* 1·0 grm. 3—4 razy dziennie, *Ergotini* zaś 0·3 grm. 5—6 razy dziennie.) Z przetworów sporyszu uważa autor jako najlepszy *Ergotinum aquos. bis depuratum. Hydrastis canadensis* podług doświadczenia autora, w takich przypadkach nie skutkuje. Zmiany w położeniach należy naprawić i utrzymać za pomocą krążków. Jeżeli macica powiększona, to okazuje się koniecznem zbadanie powierzchni jamy macicy, i skrzepy i resztki jaja (błon płodowych) palcem lub skrobaczką wydalić. Rozszerzanie macicy przy tem nie jest potrzebne. Rozumie się samo przez się, że należy przytem przestrzegać ściśle przepisy antyseptyki.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie. T. XX. Z. 2.)

Dr. Sielski.

Stratz. **O rozpoznawaniu raka części pochwowej macicy w samych początkach choroby**. (Zur Diagnose des beginnenden *Carcinoms an* der *Portio vaginalis.*)

Z jednej strony wydoskonalona technika leczenia raka macicy, a z drugiej strony doświadczenia zebrane przez znaczny przeciąg czasu na operowanych dowodzą, że rak jest wyleczalny. Na podstawie dotychczasowych danych można powiedzieć, że 1) rak może być wyleczony, i 2) im wcześniej sie wykona operacyję, tem większe są szanse wyleczenia. Niestety te doświadczenia są dotychczas za mało znane, i wielką ilość raków leczą dotychczas tylko uśmierzająco (*palliativ*), nawet mimo wczesnego należytego rozpoznania choroby. Rozumie się, że rak rozwija się dalej, i do klinik dostają się przypadki, w których o radykalnem leczeniu zwykle już i mowy być nie może.

Wczesne rozpoznanie raka — rzecz nie łatwa. Chore nie zwracają swej uwagi na nieznaczne objawy przy początkującym raku, i nie udają się do lekarza, i tylko przypadkowo na ambulatoryjach i w klinikach można je zobaczyć. Domowi lekarze znajdują się pod tym względem w lepszych warunkach. Lekkie nieprawidłowości: nieznaczne krwotoki miesięczne (*menorrhagiae*), białe upławy, małe bóle i t. p. mogą lekarzowi ułatwić rozpoznanie. Chociaż nie częste, lecz dobrze znane objawy początkującego raka, t. j. krwotok *sub coitu*, każą myśleć o raku.

Lecz i przy badaniu nie zawsze łatwo można rozpoznać raka w samych początkach. Przeciwnie, często jest rzeczą niepodobną roz-

różnić raka w początkach od innych chorób części pochwowej. W takich przypadkach rozstrzyga jedynie, jak to dowiedli Ruge i Veit, drobnowidowe badanie

Stratz stara się zebrać makroskopowe oznaki cechujące raka i odróżniające go od nadżerek (*erosiones*). Rozumie się, że te oznaki nie są typowe, lecz mogą oddać przy rozpoznawaniu pewne usługi.

Oznaki cechujące raka części pochwowej są następujące:

1) Chore miejsce oddziela się ostro od zdrowych części, i nigdzie niema stopniowania.

2) Zawsze można poznać różnicę między płaszczyzną chorą a zdrowemi częściami.

3) Rakowate miejsca są lekko na żółto zabarwione.

4) Złośliwy udział części pochwowej okazuje, przynajmniej na niektórych miejscach, drobnoziarniste, biało-żółte, połyskujące wyniosłości.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie T. XII. Z. 1.)

Dr. Sielski.

SONNENBERGER. **Zastósowanie lecznicze antypirynu w krztuścu** (Deutsch. med. Wohenschrift Nr. 14. 1887).

Z końcom roku 1884. pojawił się nagminnie na dwa zawody krztusiec, a występujący jużto jako w następstwie odry, jużto samoistnie. Bromek potasu, chloral, u pierwszych chorych użyte, działały bardzo mało, albo okazały się bezskutecznymi, nadto występowały powikłania i wiele dzieci ginęło. Najwięcej jeszcze zdawał się działać chinin, gdzie można było go zastósować i jeśli go dzieci znosiły, co jednak rzadko się zdarzało.

Jako środek zastępujący chinin, zaczął stósować Sonnenberger antypiryn i to w następujący sposób:

Przez kilka dni podawał on antypiryn, następnie przerywał zupełnie lekowanie, lub stósował inny lek przez kilka dni, powracając następnie do antypirynu; albo też podawał dzieciom jednej rodziny, które równocześnie na krztusiec zachorowały i w tych samych warunkach zdrowotnych się znajdowały, jednemu antypiryn, drugiemu bromek potasu, chloral etc.

Po krótkich doświadczeniach przyszedł on do przekonania, że antypiryn przewyższa skutecznością wszystkie inne środki, i od tego czasu przeszło w 70 przypadkach używał antypirynu w postaci proszków. U bardzo małych dzieci dawka jednorazowa wynosiła 0·01, a u starszych dzieci i u dorosłych dochodziła do 0·5 — 1·0 grm. Większe, a nawet dwa razy tak wielkie dawki nie wywołały żadnych niekorzystnych następstw, rzadko jednak były potrzebne. Dawek takich

stósował dziennie trzy, w razie potrzeby czwartą na noc. Nieprzyjemny nieco smak antypirynu znosiły najmniejsze dzieci, jeżeli się go podawało wraz z małą ilością wody i soku malinowego. — Przebieg krztuśca wśród leczenia antypirynem był następujący: Jeżeli podano antypiryn w pierwszym okresie choroby. to choroba trwała 3—5 tygodni, a przebieg był łagodny, ograniczający się do sześciu lub siedmiu słabych napadów na dobę W późniejszych okresach choroby, użycie kilku dawek osłabiało nasilenie napadów, a mianowicie: wykrztuszanie śluzu było łatwiejsze, napady pojawiały się rzadziej, i w ogóle przebieg był łagodniejszy, niż poprzednio. W kilku przypadkach zdawało się w pierwszych dniach, że antypiryn nie działa, przy dalszem jednak podawaniu skutek był widoczny. U wielu dzieci odżywienie przy użyciu antypirynu poprawiło się. Zapadu po podaniu antypirynu nigdy nie stwierdzono. Na 70 leczonych antypirynem, wystąpiły tylko w 5 przypadkach powikłania, mianowicie dwa przypadki zapalenia płuc, a trzy gruźlicy (między temi dwa przypadki niewątpliwie dziedzicznie obciążone). *Dr. T. Kijas.*

DEMME. **„Trismus“ i „Tetanus rheumaticus“ u 7letniego chłopca leczony koniinem** (Coniinum). (Ber üb. d. Jenner'sche Ksp. Bern 1886).

Chłopczyk 7-letni, dotychczas zdrów, zapadł po przemoczeniu się na szczękościsk i tężec. Autor, opierając się na znanych doświadczeniach Hugona Schulz'a (Zeitsch. f. klin. Med. 1880 Bd. III.), wstrzyknął koniin, mianowicie bromek koniinu (bromwasserstoffsaures Coniin) w rozczynie $^1/_{10}\%$, biorąc na jedną injekcyję 0,0025. Po raz pierwszy zastrzyknął o godzinie 5tej, drugi raz o 7mej. Wkrótce ustąpił kurcz mięśni żuchwowych tak, iż dziecku można było nieco napoju podać, a później gdy napięcie mięśni znów się wzmogło, podawano chłopcu ustami trzy razy, (co dwie godzin) po 0,0025 grm., bromku koniinu, poczem wystąpiło zwiotczenie mięśni tułowia i kończyn. Gdy jednakowoż szczękościsk się utrzymywał, jakkolwiek z mniejszem natężeniem, podano na drugi dzień cztery dawki koniinu wewnętrznie, trzeciego dnia dwie dawki, poczem szczękościsk całkowicie zniknął. Chłopczyk wyzdrowiał całkiem, choć zwolna. Preparat pochodził od firmy Gehe & Spółka w Dreźnie.

(Centralbl. f. klin Med. 3. 1887). *Dr. Pisek.*

Choroby oczne, — uszne i zębów.

Leczenie Coujunctivitid. granulosae.

Darier zaleca do przyżegań przeciw Conjunctivis granulosa kwas chromowy. Leczenie takie ma tę zaletę, że łatwo je wykonywać, jest nieznacznie dolegliwem i działa skutecznie zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie używano bez skutku kryształu siarkanu miedzi. D. za-

leca nawet używanie siarkanu miedzi naprzemian z kwasem chromowym, który wprawdzie nie działa tak antyseptycznie jak siarkan miedzi, ale natomiast niszczy warstwy powierzchowne i przez to obnaża i czyni dostępną tkankę ziarninową, której sam siarkan miedzi jąć się nie może.

Sedan nie wierzy w możliwość wyleczenia Conjuctivit. granulos. za pomocą leków dziś w tym celu używanych, sądzi natomiast, że wycięcie załamka spojówki jedynie prowadzi do celu i nadmienia wreszcie, że Conjunctivitis granulosa nie jest we wszystkich krajach identycznem cierpieniem.

Wicherkiewicz oświadcza, że widział w ojczyźnie swej przypadki Conjunctivitid. granulos, w których bez leczenia cierpienie całkowicie ustępowało, podczas gdy w innych wszelkie leczenie nie odnosiło najmniejszego skutku. Co do leczenia nadmienia Wicherkiewicz, że używa przeciw cierpieniu w mowie będącemu co 3—4 dni roczczyn 1% sublimatu i w 6—8 tygodni osiąga wyleczenie.

Gałęzowski podaje, że Richet stósował kwas chromowy, lecz zarzucił takowy przekonawszy się, że powoduje znaczne blizny. Gałęzowski wykonuje ze skutkiem wycięcie załamka spojówki. Deheune prawie zawsze leczy Conjunctivit. granulos. za pomocą termokauteru. Górecki wreszcie podaje, że stósował w kilku przypadkach pomienionego cierpienia kwas chromowy, lecz bez żadnego skutku.

(Progres medical. 1887).

Dr. J. Neumann. **O leczeniu chorób ucha zewnętrznego.**

(Centralblatt für die gesammte Therapie Februar 1886).

Autor, niegdyś asyst. prof. Grubera w Wiedniu, podnosi na wstępie ważność nauki o chorobach ucha i ubolewa, że ta dotychczas tylko małej ilości lekarzy jest dostępną i tem usprawiedliwia swoje wystąpienie. — Niech ta sama okoliczność służy sprawozdawcy tem więcej za usprawiedliwienie, iż nauka otyjatryi lekarzom w Galicyi praktykującym tem mniej jest znaną, gdyż na Uniwersytecie Jagiellońskim osobnej katedry otyjatryi nie ma i kształcący się tamże z tą gałęzią medycyny zapoznać się nie mogą. Autor nie przechodzi systematycznie chorób ucha zewnętrznego, zestawia tylko na podstawie swego doświadczenia najużywańsze sposoby leczenia, omawiając obszerniej patologiję i terapiję tylko tych chorób, które z innych gałęzi medycyny nie są znane. Pomija zatem nowotwory i zapalenia tkanki podskórnej (*phlegmone*), jakoteż choroby skórne: Lupus, Herpes i inne, — poświęcając obszerniejszą wzmiankę krwiakowi usznemu (Othaematoma), jako chorobie ucha właściwej i wypryskowi małżowiny usznej, który przez swe szerzenie się na ucho zewnęrztne, często specyjalnego wymaga leczenia. Po takim wstępie omawia autor.

Zniekształcenia ucha zewnętrznego. Takowe są najczęściej wrodzone, leczenie może być stosowane jużto celem poprawienia słuchu już też ze względów estetyczno kosmetycznych.

Niestety, skutek wszelkich zabiegów leczniczych jest zazwyczaj bardzo mały, gdyż w tych razach zazwyczaj i przewód ucha zewnętrznego jest zniekształcony i albo wcale nie istnieje, albo część chrząstkowa tegoż zmienioną jest w zbity okrągły postronek. Tylko wtenczas, mówi autor, można się po zabiegu operacyjnym skutku spodziewać, jeżeli przy istniejącym zaniku muszli, przewód zewnętrzny słuchowy istnieje (chociaż ze światłem zwężonem), a ucho środkowe jest prawidłowe. Wtenczas można z pomocą galwanokaustyki przewód ucha rozszerzyć i poprawy słuchu się spodziewać. W każdym razie winno się do operacyi, celem poprawienia słuchu, przystępować dopiero wtenczas, gdy badanie strojnikiem wykazało, że aparat nerwowy ucha zniekształconego jest prawidłowy. Ucho takie słyszy strojnik brzmiący na środku czaszki postawiony lepiej, niż ucho prawidłowe.

Najlepsze wyniki można osiągnąć, jeżeli przewód ucha zamknięty jest tylko błoną a zresztą jest prawidłowy, wtenczas bowiem usuwa się błonę za pomocą nożyczek lub noża. Ale i w tych przypadkach pomyślny wynik staje się niebawem mniej pomyślnym skutkiem bliznowatego ściągnięcia.

Othaematoma (kzwiak uszny), guz występujący na wewnętrznej stronie małżowiny, wielkości jaja kurzego, elastyczny, barwy sinej, powstaje skutkiem wystąpienia krwi pomiędzy blaszki chrząstek a ochrzęstnę i skórę małżowiny. Brak bolesności i wolny wzrost różni go od ropni (*abscessus*), barwa zaś różni go od torbieli *(cysta)*. Jako przyczynę powstania, podaje autor zwyrodnienie Arteriae auricul. lub uraz (trauma). Po dłuższem trwaniu może Othaematoma zamienić się w ropień, lub skutkiem wessania treści płynnej w zbity włóknisty guz, stale ucho zniekształcający.

O leczeniu za pomocą miesienia według Mayera ze Sztokholmu nie może autor z własnego doświadczenia nic powiedzieć. Na klinice wiedeńskiej stósują nacięcia w najniższych częściach, następnie wyciskają zwolna, (ugniatając w obwodzie), treść płynną guza W nacięcia wkładają paski gazy, aby się brzegi ran nie skleiły, i zakładają opatrunek uciskowy. Opatrunek zmienia się codziennie i wyciska treść płynną tak długo, dopóki guz więcej treści płynnej nie zawiera; wtedy nie powstrzymuje się już zabliźnienia nacięć, tylko zakłada się dalej opatrunek uciskowy i przez stosowanie miesienia stara się pozostały guz do reszty zmniejszyć. Po 2—4ch tygodniach pozostaje zazwyczaj w miejscu guza małe twarde obrzmienie, podczas gdy małżo-

wina swą formę i barwę zachowuje. Czasem przychodzi po nacięciu do ropienia i wtenczas leczy się jak otwarty ropień. *Dr. Sysak.*

Schreiter. **O usypianiu za pomocą tlenku dwuazotu (Stickstoffoxydul) i 20% kwasorodu przy operacyjach zębów.**

S. donosi o szeregu doświadczeń, jakie przedsięwziął w celu osiągnięcia uspienia przy wydobywaniu zębów za pomocą mięszaniny gazów, złożonej z tlenku dwuazotu i 20% kwasorodu (podług Klikowicza i Döderleina). Używanie tej mięszaniny jest o wiele pewniejszem i korzystniejszem, niż użycie samego czystego tlenku dwuazotu; przy użyciu tej mięszaniny bowiem wykluczonem jest podwyższone ciśnienie krwi i zastoiny żylne, jak niemniej i przykry niepokój podczas oddychania spowodowany poczynającym się trudnym oddechem. Usypianie tą mięszaniną jest jednakże kosztowniejszem, albowiem zużywa się znacznie więcej tlenku dwuazotu, a obok tego uzyskanie czystego kwasorodu, jest także z pewnemi i to nie małemi trudnościami połączone.

(Korzyści uspienia mięszaniną wyż pomienionych gazów są tak znaczne, że należałoby istotnie usypiać przy wydobywaniu zębów (a i w innych razach np. w ginekologii), za pomocą mięszaniny tlenku dwuazotu z 20% kwasorodu (albo bodaj z 10% kwasorodu jak to w Berlinie czynią), o kwasoród czysty dziś jest bowiem łatwo i można takowy w laboratoryjach chemicznych nabywać na każde żądanie; a chociaż przy uspieniu samym tlenkiem dwuazotu zdarza się jeden przypadek śmierci na 25000 uspień prawie, to zawsze usypianie za pomocą mięszaniny tlenku z dwuazotem jest o wiele bezpieczniejszem. Przyp. ref.).

(Ctrblatt für Chirurg. 1887. Nr. 12).

Choroby weneryczne i skórne.

Giovanninni. **Die Mikroparositen des männlichen Harnröhrentrippers.** Drobnoustroje we wydzielinie rzeżączkowej cewki moczowej mězkiej. (Cblatt. f. d. medic. Wissensch. 1886. Nr. 48).

Wyniki badań autora są następujące:

1) W wydzielinie rzeżączkowej cewki moczowej mězkiej, można wykazać obecność 5 gatunków drobnoustrojów, różniących się między sobą rozmaitemi własnościami budowy morfologicznej i hodowli.

2) Z pomiędzy tych dwie postacie napotyka się także i u zdrowych osobników.

3) Żaden z wymienionych drobnoustrojów nie należy do rzędu tych, które wywołują amonijakalną fermentacyję moczu.

4) Po zastrzyknięciu tych drobnoustrojów pod skórę lub do jamy brzusznej królika, nie wywołują one objawów, jakie występują po wstrzyknięciu Micrococcus pyogenes.

5) Żaden z wymienionych d obnoustrojów nie wywołuje rzeżączki u człowieka, po zastrzyknięciu go do cewki moczowej.

6) Żaden z wymienionych drobnoustrojów będąc wyhodowanym, nie wykazywał własności chorobotwórczych, przypisywanych gonokokkowi Neissera.

Opierając się na powyższych wynikach, autor przeczy jakoby rzeżączka powstawała wskutek działania chorobotwórczego drobnoustrojów, napotykanych w wydzielinie rzeżączkowej cewki mocz. męzk

Dr. Szadek.

George Meyer. **Stosowanie Ol. Santali przy rzeżączce (tryprze).** (Berliner klin Woch. 1886. Nr. 50).

Autor stosował wewnętrznie olej santalowy w rozmaitych okresach rzeżączki, podług następującego przepisu:

Rp. Ol. ligni santali 10.0
Ol. menthae piper gtt. III.

M. D. S. Po 3—5 kropel co godzinę. lub 4 razy dziennie po 6—12 kropel (w łyżeczce wody) zażywać.

W 3 przypadkach środek ten wywołał podrażnienie przewodu pokarmowego (wymioty, boleści itd.). W ostrym tryprze Ol. santalowy okazał się bezskutecznym; przeciwnie zaś, w chronicznym tryprze otrzymano bardzo pomyślne wyniki przy stosowaniu Ol. Santali, nawet bez użycia innych środków. Wymieniony środek oddawał także dobre usługi przy stosowaniu go przeciwko powikłaniom trypra. (Cystytis itp.)

Dr. Szadek.

Joseph Zeitler. **Stosowanie ichtyolu w skórnych cierpieniach.** *The use of ichtyol in the treatment of skin diseases.* (Chicago med. Jour. and Examiner. December. 1886 p. 32—41.).

Autor stosował 3—30% maście z ichtyolu w rozmaitych postaciach chorób skórnych, mianowicie: w 56 przyp. Eczema, 10 Acne vulgaris, 7 Acne rosacea, 11 Sycosis, 4 Herpes tonsurans, 4 Teleangiektasia, 2 Prurigo, 2 Pruritus, 2 Psoriasis vulgaris, 2 Psoriasis palmaris syphilitica, w Seborrhoea, Acne varioliformis, Lichen pilaris, Impetigo contagios, Purpura rheumatica i Ulcera cruris po jednym przypadku. Działanie ichtyolu w pryszczycy było w 38 przypadkach pomyślne. W przyp. figówki (Sycosis) skutek zawsze był dobry, lecz oprócz ichtyolu stosowano wyrywanie włosów. W trądziku pomocnem było wewnętrzne zadawanie środka. — Pomyślny też skutek otrzymano przy stosowaniu maści ichtyolu z naftolem w Prurigo; w 4 przyp. Herp. tonsurans autor używał maści, złożonej z Ol. cadini, zielonego

mydła, ichtyolu i wazeliny. Ichtyol stosowany zewnętrznie zabarwiał skórę na kolor brunatny i wywoływał w niektórych przypadkach uczucie pieczenia; przykrą woń ichtyolu też należy zaliczyć do rzędu ujemnych własności wymienionego środka, działającego jednak bardzo skutecznie w wielu postaciach chorób skórnych. *Dr. Szadek.*

H. P. Chase. **Leczenie pryszczycy (Eczema) resorcynem.** (Therapeutic Gazette. 1886. November p. 755).

Ch. zastosował we dwóch przypadkach ostrej pryszczycy całego ciała (Eczema universale) maść z resorcynu (8 resorc. na 60 gliceryn.) z najlepszym skutkiem, gdyż już po upływie 48 godzin leczenia stan chorego znacznie się polepszył, a po tygodniu leczenia był chory prawie zupełnie zdrowy. W obu przypadkach stósowano przed resorcynem rozmaite inne środki lecznicze, ale bezskutecznie. Maść z resorcynu wcierano dwa razy na dzień pędzelkiem (z włosów) w miejsca skóry zajęte pryszczycą. *Dr. Szadek.*

KRONIKA.

Szanownych naszych P. T. Odbiorców upraszamy o łaskawe wyrównanie zaległej prenumeraty, w przeciwnym razie bowiem będziemy zmuszeni ściągać należytości za pomocą zleceń pocztowych (Post Mandat), co nam przysporzy pracy, a Panom P. T. Odbiorcom nie wielkich wprawdzie, ale niepotrzebnych kosztów.

Nekrologi. Już po zamknięciu ostatniego numeru „Wiad. lek.“ doszła nas smutna wiadomość, że kol. Dr. Gustaw Schneider, lekarz miejski w Andrychowie padł ofiarą swojego zawodu, zakaziwszy się bowiem tyfusem zmarł w 37 roku życia, wskutek tej ciężkiej a tak wiele ofiar z grona naszego porywającej choroby.

W Mikołajowie zmarł lekarz miejski Dr. Szczęsny Orzakiewicz, znany ze swoich czynności obywatelskich i społecznych; szczególne zasługi położył ś. p. kol. Orzakiewicz około założenia szpitala w Leżajsku, gdzie długie lata praktykował.

W Kossowie umarł ogólnie poważany i ceniony lekarz miejski Dr. Ferdynand Petery, a w Oświęcimie Mg. Chir. Jan Kohn tamtejszy lekarz miejski. Niech im ziemia będzie lekką.

Łaskawy współudział w pracy około naszego wydawnictwa przyrzekli w dalszym ciągu p. t. Koledzy: Dr. Chłapowski i Dr. T. Kijas.

W tegorocznym sezonie kąpielowym ordynować będą, jak nam donoszą następujący koledzy Polacy: Dr. Halski w Bystrej pod Bielskiem (Śląsk austryjacki); Dr. Kittel i Dr. Sołowij we Francensbadzie, Dr. Brühl i Dr. Bulikowski w Gleichenbergu; Dr. Z. Rieger w Iwoniczu; Doc. Dr. Smoleński w Jaworzu (Ernsdorf) koło Bielska na Śląsku austryjackim; Doc. Dr. Jaworski i Dr. Stiche w Karlsbadzie; Dr. Chłapowski w Kissingen (w Bawaryi); Dr. Chwistek, Dr. Ebers,

Dr. Lorentski, Doc. Dr. Mars, Dr. Skórczewski i Dr. Zieleniewski w Krynicy; Dr. Prager w Maryjenbadzie; Dr. Medwey w Morszynie; Dr. Dukiet i Dr. Szajna w Rymanowie; Dr. Tymowski ze San Remo w Schinznach (kanton Aargau w Szwajcaryi); Dr. Gluziński, Dr. Gumowski, Dr. Kołączkowski, Dr. Ściborowski i Dr. Zaremba w Szczawnicy; Dr. Krajewski w Teplitz-Schoenau; Dr. Filipkiewicz w Trenczynie-Cieplicach; Dr. Plech w Truskawcu; Dr. Chramiec i Dr. Piasecki w Zakopanem; nareszcie Dr. K. Zgórski w Żegiestowie.

Kol. Dr. L. A Kossak, były asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego i były lekarz szpitala powsz. w Krakowie, osiedlił się we Lwowie i praktykuje w chorobach wenerycznych i skórnych.

Kol. Dr. Żukotyński osiedlił się i praktykuje w Bóbrce.

Kol. Dr. Trzebicky były Iszy asystent Prof. Mikulicza w Krakowie, habilitował się na docenta chirurgii. Wydział lekarski w Krakowie powierzył kol. T. zastępstwo prof. chirurgii, prof. Obaliński bowiem zastępstwa nie przyjął.

Kol. Dr. Wodyński przeniesiony został w randze lekarza obwodowego; (Kreis-Arzt) z Ljubuški do Třebinji w Hercogowinie, wskutek czego opróżnioną została:

Posada lekarza powiatowego w Ljubuškach z płacą roczną 1200 złr. i 200 złr. na mieszkanie. Egzamin fizykacki nie jest wymaganym. Podania wnosić należy do „Bezirksamt in Ljubuški, Herzogowina", do 10 Czerwca r. b. Oprócz wymienionej posady opróżnione są jeszcze:

Posady lekarzy (miejskich) w Andrychowie, Kossowie, Oświęcimie, Ottyni, Radłowie i Sokołowie pod Rzeszowem; płaca roczna od 250 do 300 400 i 600 złr. w. a.

Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie, wyszło: Uzupełnienie do dzieła własnego pt. *Laryngoskopia* oraz „Choroby krtani i tchawicy" napisane przez Dra Władysława Pieniążka, docenta laryngologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Jak wszystkie dzieła tego wydawnictwa, odznacza się i wymienione jasnością i treściwością wykładu, czystością języka, zewnętrzną formą, a nadewszystko niezwykłą taniością. Członkom i prenumeratorom wydawnictwa rozesłano dzieło Dra Pieniążka z uzupełnieniem bezpłatnie jako premium za rok 1885. Skoro już mówimy o wydawnictwach lekarskich polskich, musimy zwrócić na tem miejscu uwagę naszych czytelników także na

Wydawnictwa lekarskie polskie w Warszawie.

Znane już dobrze wydawnictwo „*Gazety lekarskiej*" wydało ostatniemi laty:

1) Farmakologiję profesorów Nothnagel'a i Rossbacha (przekład z niemieckiego).

2) Choroby serca Dra O. Widman'a (dzieło oryginalne polskie).

3) Psychijatryję Dra Rothego (dzieło oryginalne polskie).

4) Grzybki chorobotwórcze Dra M. Jakowskiego (dzieło oryginalne polskie).

O tem ostatniem dziele, w którem Dr. Jakowski obznajamia czytelników z najnowszą gałęzią wiedzy lekarskiej (bakteryjologiją), można powiedzieć z całą otwartością, że napisane jest zwięźle a jasno i wyczerpująco całe dotychczas znane to nowe pole nauki lekarskiej. Cena dzieł przez Wy-

dawnictwo Gazety lekarskiej w obieg wypuszczanych jest stosunkowo do wyposażenia zewnętrznego niską i zasługuje ze wszech miar na poparcie przez nasz świat lekarski. Jak napisanem jest n. p. dzieło Dr. M. Jakowskiego przekonać się będą mogli nasi czytelnicy z kilku krótkich ustępów, które w następnym zeszycie Wiad. lek. będą umieszczone.

Książka to pierwsza w tej nowej gałęzi lekarskiej napisana w języku naszym i uznana za bardzo dobrą przez Prof. Brodowskiego i Dra Mayzela powinna znajdować się u każdego lekarza Polaka, czego Wydawnictwu serdecznie życzymy.

Nadto wydano w Warszawie „Wykład chorób dzieci“ Dra Baginsky'ego, docenta chorób dzieci w Uniwersytecie berlińskim i redaktora czasopisma „Archiv für Kinderheilkunde“ (w przekładzie). Wydawnictwu pomienionego dzieła przypada wielka zasługa za zaznajomienie Polaków z dziełem najznakomitszego może pedyjatry niemieckiego, jakim bez zaprzeczenia jest Dr. Baginsky. Można nie ze wszystkiem godzić się z poglądami autora, przyznać mu jednak należy, że zajmuje jedno z najwybitniejszych miejsc między tegoczesnymi pedyjatrami. Jako zasługę należy wydawnictwom dzieł lekarskich polskich w Warszawie przyznać, że są nierzadko tańsze od wydawnictw niemieckich, francuskich etc., co uwzględniwszy znacznie mniejszą ilość nabywców na polskie dzieła, jest prawie zadziwiającą i na korzyść naszych wydawnictw przemawiającą okolicznością.

Sezon kąpielowy w naszych uroczych zdrojowiskach, uzdrowiskach, zakładach klimatycznych, żętycznych i wodoleczniczych rozpoczyna nowe życie. Mimowoli nasuwają się nam na temat tego sezonu te same uwagi, jakie zamieściliśmy w lipcu roku zeszłego Istotnie posiadamy w kraju naszym wszelkie zdrojowiska lekarskie (wyjąwszy gorących) i moglibyśmy obejść się śmiało bez wyjeżdżania, a względnie wysyłania naszych chorych do wód zagranicznych (z małemi tylko wyjątkami). Polecamy tedy gorąco nasze krajowe i ojczyste zakłady kąpielowe, zdrojowe i lecznicze pamięci i uwadze naszych czytelników; w zamian za to jednakże wymagamy i będziemy zawsze wymagali, ażeby nasze zakłady równie jak i zagraniczne starały się i dbały o wygodę, przyjemności etc. dla swoich gości, nie tylko o zysk dla siebie. Pod tym względem bowiem zasada „do ut des“ jest zupełnie usprawiedliwioną.

Stósunki śmiertelności pomiędzy lekarzami niemieckimi podług obliczenia Banku ubezpieczeń na życie w Gotha przedstawiają się jak następuje: Śmiertelność pomiędzy lekarzami jest w każdym wieku większa od śmiertelności pomiędzy ogółem ubezpieczonych o 11·53$^0/_0$; a przyczyną śmierci tak częstej między lekarzami są przeważnie choroby dróg oddechowych (wraz ze suchotami), choroby zakaźne (dur zwłaszcza pomiędzy młodszymi lekarzami) i udar. Wskutek zakażenia trupiego umarł tylko 1 na 1052 przypadki śmierci, natomiast w skutek innego zatrucia krwi umarło 9, a wskutek róży 8. Udar występuje częściej u lekarzy w stósunku do reszty ubezpieczonych już od 36 roku życia. W skutek samobójstwa lub ulegnięcia przypadkowi zginęło z 1052 przypadków 18 lekarzy (14 samobójstw a 4 inne przypadki), t. j. o 40% mniej jakby z porównania z innemi datami wypaść powinno.

Dla naszych Odbiorców zagranicznych dołącza się uwiadomienie Dra Kazimierza Zgórskiego, który odtąd zostaje stałym lekarzem Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Zegiestowie.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich naszych Odbiorców prospekt c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy.

Z Drukarni Ludowej we Lwowie, pod zarządem Stanisława Baylego.

OGŁOSZENIA.